

病状証明書（施設等利用給付用）

フリガナ			男 女	生 年 月 日
申請希望児童		性 別		年 月 日
利用希望施設・事業	認可外保育所 ・ 一時預かり ・ 病児保育 ・ ファミサポ	施設名・事業		
	認可外保育所 ・ 一時預かり ・ 病児保育 ・ ファミサポ	施設名・事業		
傷病等で証明を受ける保護者氏名		続 柄		
傷病等で証明を受ける保護者住所	Tel			

保護者記入欄

※ 出産の場合、医師の証明は要りません。母子手帳の写しを添付して下さい。
又、障害者手帳等をお持ちの場合も医師の証明は要りません。障害者手帳等の写しを添付して下さい。

証明を受ける方の状況	患者名:保護者		生年月日	年 月 日		
	1 出 産	出 産 予 定 日 出 産 日	年 月 日			
		出 産 後 の 就 労 予 定	① 産後1年以内に就労する予定である (就労先が決まっている / 決まっていない)			
			② 産後1年以内、又はずっと就労しない			
			③ 未定			
	2 傷 病	傷 病 名				
		状 況	1 入院中 (病院名)	入院年月日 年 月 日		
			2 通院中 週 回			
		治 療 予 定 期 間	1 未 定	2 期 間		
		自 宅 療 養	1 家事不可能	2 家事少しできる	3 家事はほとんどできる	
障 害		障害身障 (療育) 手帳 級 (視・聴・言・肢体・内臓・知的)				
備 考						

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日 証明者 住 所

(医師)

氏 名

印